

WTW Rentenverwaltung  
Adam Opel GmbH  
Postfach 20 26  
65010 Wiesbaden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ihre Personalnummer: \_\_\_\_\_

### Meine Anschrift

Ich bin ab/seit \_\_\_\_\_(Datum)

unter folgender Anschrift gemeldet (Hauptwohnsitz):

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### Zusatz

- meine Post soll an folgende 3. Person / Bevollmächtigten zugestellt werden  
(eine Vollmacht, Betreuungsurkunde oder Erklärung des Rentners ist zwingend beizufügen):

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Versorgungsempfängers)